



دستورالعمل نظارت بر مراکز تشخیصی و درمانی

طرف قرارداد بیمه های پایه

فهرست مطالب

کلیات و تعاریف

فصل اول

➤ مواد قانونی مرتبط با نظارت

فصل دوم

➤ کلیات نظارت

➤ انواع نظارت

➤ حجم نظارت

➤ تیم نظارت - مستندات بازدید - مراجع ارزیابی - موارد مغایر با ضوابط

➤ برخورد نظارتی

فصل سوم

➤ موارد مغایر با ضوابط سازمان و نوع تصمیم اتخاذ شده

فصل چهارم

➤ سوء استفاده از دفاتر بیمه سلامت و کارت هوشمند

ضمائم

➤ فهرست فرم های مرتبط

کلیات و تعاریف

۱. هدف: تدوین دستورالعمل نظارت بر مراکز طرف قرارداد و بیمه شدگان، جهت ارتقاء کیفیت و اثر بخشی هزینه خدمات مورد نیاز و ایجاد وحدت رویه در بیمه های پایه میباشد.

۲. دامنه عملکرد: بیمه های پایه (اعم از ستاد مرکزی و استان)

۳. تعاریف و اصطلاحات:

- مرکز تشخیصی درمانی: واحدی است که به استناد پروانه های معتبر صادره از مراجع ذیصلاح (مطب، موسس، مسئول فنی) یا مجوز ریاست دانشگاه علوم پزشکی در مورد مراکز درمانی دولتی وابسته به دانشگاه (بیمارستانها، مراکز آموزشی درمانی، واحدهای پاراکلینیک و درمانگاه و کلینیک های ویژه) مجاز به ارائه خدمات تشخیصی درمانی به بیمه شدگان می باشد.
- مرکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد: مرکز تشخیصی درمانی است که به استناد قراردادنامه معتبر، طرف قرارداد بیمه های پایه می باشد.
- نظارت بر عملکرد مراکز طرف قرارداد: به مفهوم ارزیابی پیوسته فعالیت های مراکز طرف قرارداد به منظور تعیین میزان انطباق عملکرد آنها با ضوابط و مقررات و مفاد قرارداد و الحاقیه های آن است تا در صورت لزوم و حسب مورد اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه در راستای صیانت از حقوق بیمه های پایه و بیمه شدگان انجام پذیرد.
- نظارت حضوری: به مجموعه بررسی و ارزیابی هایی اطلاق می گردد که مستقیماً با حضور تیم بازدیدکننده در محل مراکز تشخیصی - درمانی صورت می گیرد.
- نظارت غیر حضوری: به مجموعه ارزیابی و بررسی اسناد و صورتحسابهای مراکز تشخیصی درمانی و با روشهایی غیر از بازدید حضوری و از طریق اطلاعات حاصل از سایر منابع اطلاعاتی انجام می گیرد. (در صورت لزوم بازدید حضوری صورت می گیرد)
- برخورد نظارتی: عبارت است از اقدامی بازدارنده/ تنبیهی/ تشویقی متناسب با نوع عملکرد مراکز تشخیصی درمانی/ بیمه شدگان در رعایت ضوابط و دستورالعمل های بیمه های پایه
- تعلیق قرارداد: عبارت است از قطع موقت همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه برای مدت زمان معین (تا ۱۲ ماه) با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.
- لغو قرارداد: عبارت است از قطع کامل همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

فصل اول

مواد قانونی

• سیاستهای کلی سلامت ابلاغی توسط مقام معظم رهبری

ماده ۲:

۲ - ۶: اصلاح و تکمیل نظام های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاستهای کلی

ماده ۵:

ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست گذاری و نظارت کار آمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زینتی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات

ماده ۸:

۸ - ۲: افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها

ماده ۹:

۹ - ۲: پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

۹ - ۷: اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد. افزایش کارایی ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه کنندگان خدمات و توجه به فعالیت های ارتقاء سلامت و پیگیری در مناطق

محروم

• قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

فصل سوم (تشکیلات): ماده ۱۱

تبصره ۱: هرگونه استفاده از منابع نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه ها در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی برای دستگاههای اجرایی دولتی، عمومی، صندوقها و نهادهای غیر دولتی، خارج از قلمرو این نظام تحت هر عنوان و برای هر منطقه ممنوع است و استفاده از این منابع مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است.

• قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور

ماده ۱۷ - کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

آیین نامه اجرایی ماده ۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۷۴/۳/۱۷

ماده ۶: کلیه سازمانها و شرکتهای بیمه گر و پزشکان و مؤسسات دولتی موظفند سقف فرانشیز مصوب هیأت وزیران و ضوابط ارائه خدمات و تعرفه های مصوب را رعایت کنند.

دستورالعمل نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی

هیات وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۰۴/۱۱ بنا به پیشنهاد شماره ۳۰۷۸ مورخ ۱۳۷۴/۰۴/۰۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد تبصره ماده (۱۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور- مصوب ۱۳۷۳- دستورالعمل نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را به شرح زیر تصویب نمود:

دستورالعمل «نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی»

ماده ۱ - کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی، درمانی و مراکز تشخیصی اعم از دولتی و خصوصی و داروخانه ها و پزشکان کشور- که از این پس مشمولان این دستورالعمل نامیده می شوند - مکلفند در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور نسبت به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه خدمات و مراقبتهای پزشکی اقدام کنند و در صورت درخواست سازمانها و شرکتهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف به انعقاد قرارداد لازم هستند.

ماده ۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهای لازم را به مشمولان این دستورالعمل اعلام و با همکاری سازمان نظام پزشکی و با رعایت آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته - مصوب ۱۳۷۳/۵/۹ هیات وزیران - بر حفظ و رعایت استانداردها نظارت مستمر می کند.

ماده ۴ - کلیه مشمولان این دستورالعمل مکلفند تعرفه ها، ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، اصول اخلاق پزشکی و آیین نامه های انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.

ماده ۹ - سازمانهای بیمه گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) می توانند به منظور اطمینان از حسن اجرای مفاد قراردادهای منعقد شده، نظارت لازم را بر نحوه ارائه خدمات تعهد شده مؤسسات طرف قرارداد، اعمال نمایند.

ماده ۱۰ - نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نافی نظارت شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و آیین نامه های مربوط نیست . دبیر شورای یادشده موظف است هر شش ماه گزارش نظارتهای انجام شده را به این شورا ارائه کند.

• مصوبه هیئت وزیران به شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ به استناد بند ه

ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

۴- به منظور رعایت سقف تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی و ارزش نسبی مصوب ،

دستورالعمل اجرایی بسته نظارتی به شرح پیوست شماره (۲) که تایید شده به مهر دفتر هیئت دولت می باشد ، برای ارایه دهندگان خدمات سلامت در بخش دولتی ،عمومی غیر دولتی ، خصوصی و سازمان بیمه گر پایه و تکمیلی سلامت لازم الاجرا می باشد .

• قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی

در دو فصل خدمات تشخیصی درمانی و دارو و ملزومات پزشکی ،دندانپزشکی و..... مشتمل بر ۲۰ ماده و ۵ تبصره که با بیان مصادیق جرائمی از قبیل تاسیس موسسه بدون اخذ مجوزهای قانونی لازم ،بکار گیری اشخاص فاقد صلاحیت ، خودداری از پذیرش و ارائه خدمات به بیماران اورژانس ، ارائه خدمات مزاد بر احتیاج ،عدم حضور و ترک موسسه پزشکی توسط مسئول فنی ،پزشک کشیک و یا سایر کادر تخصصی در ساعات مقرر ، عرضه و فروش داروهاو کیت های آزمایشگاهی تاریخ گذشته یا فاقد پروانه ساخت ، گرانیفروشی و عدم رعایت تعرفه های مصوب ابلاغی و.....، به تبیین مجازاتهای متناسب از قبیل توبیخ کتبی، قطع سهمیه دارو، تعطیلی موسسه ، جرائم نقدی ، ابطال پروانه و مجوز، زندان و..... می پردازد.

فصل دوم

کلیات نظارت

ماده ۱: اهداف نظارتی بیمه های پایه :

الف - نظارت بر حسن اجرای مفاد قرارداد فی مابین بیمه های پایه و مراکز طرف قرارداد از نظر کمی و کیفی

ب - نظارت بر حسن اجرای مفاد بیمه نامه فی مابین بیمه های پایه و بیمه شدگان

ج - ایجاد و افزایش رضایتمندی بیمه شدگان، مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد در چارچوب مقررات بیمه های پایه.

د - تلاش در جهت بهینه سازی استفاده از منابع مالی بیمه های پایه

هـ - تلاش در جهت پیشگیری از وارد آمدن خسارات مالی به بیمه های پایه و بیمه شدگان.

ماده ۲: ادارات استانی جهت نیل به اهداف فوق اقدامات ذیل را انجام خواهند داد:

الف - بازدید و نظارت مستمر بر عملکرد مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد در طول مدت قرارداد

ب - پاسخگویی به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و بیمه شدگان و رسیدگی به شکایات واصله

ج - همکاری و هماهنگی ادارات با ستاد

د - ابلاغ آخرین دستورالعمل ها و مقررات بیمه های پایه به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و موارد مرتبط به بیمه شدگان

ه - برگزاری دوره های آموزشی بصورت حضوری یا غیر حضوری برای مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و بیمه شدگان در راستای ارتقاء کیفیت ارائه یا دریافت خدمات و آشنائی آنها با اهداف، ضوابط و مقررات بیمه های پایه

و) نظارت بر عملکرد بیمه شدگان جهت جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی و برخورد نظارتی با بیمه شدگان متخلف.

ماده ۳: نظارت شوندهگان:

۱ - مراکز تشخیصی درمانی

۲ - بیمه شدگان بیمه های پایه

ماده ۴: انواع نظارت:

نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی بصورت حضوری و غیر حضوری و به صورت کمی و کیفی به شرح ذیل انجام می پذیرد:

۴-۱- روش نظارت حضوری

به مجموعه بررسی و ارزیابی هایی اطلاق می گردد که مستقیماً با حضور تیم بازدیدکننده در محل مراکز تشخیصی درمانی به صورت کمی و کیفی انجام می گیرد. و به دو روش ادواری و موردی انجام می گیرد و این دو روش می تواند به شکل محسوس یا نامحسوس انجام گیرد .
تبصره ۱: توصیه میشود پس از احراز مغایرت در بازدید نامحسوس، مورد به رویت پزشک / موسس یا مسئول فنی مراکز تشخیصی درمانی رسانده شود و توسط ایشان فرم مربوطه ممهور به مهر و امضاء شود.

تبصره ۲: همچنین در مورد تخلفات احتمالی بیمه شدگان در خصوص نحوه استفاده از دفترچه/کارت درمانی و نیز استفاده غیر، دفاتر ضبط و جهت بررسی در اختیار اداره نظارت/درمان / بازرسی قرار گیرد. (بنا به تشخیص تیم بازدید کننده ، دفترچه / کارت درمانی یا نسخه ضبط و یا مشخصات صاحب دفترچه/ کارت درمانی به نحو مقتضی به اداره مذکور ارائه گردد .)

۴-۱-۱ نظارت ادواری (دوره ای)

به مجموعه بررسی و ارزیابی هایی گفته میشود که مطابق برنامه زمانبندی شده بازدید تیم نظارتی (ترجیحاً با کارشناسان مرتبط) و با پیشنهاد رئیس اداره نظارت/درمان/بازرسی و تأیید مدیر مربوطه انجام می گیرد.

۴-۱-۲ نظارت موردی :

به مجموعه بررسی و ارزیابی اطلاق میشود که براساس گزارشات دریافتی و یا به ضرورت نظارت با پیشنهاد رئیس اداره نظارت/درمان/بازرسی و تأیید مدیر مربوطه انجام می گیرد. و به شکل بازدید حضوری و خارج از برنامه ریزی مستمر از محل فعالیت مراکز تشخیصی درمانی انجام می گیرد.

گزارشات میتواند از مراجع ذیل باشد :

- سازمان های نظارتی کشور
- سایر مؤسسات یا ارگانهای ذیربط (سایر بیمه های پایه ،دانشگاه علوم پزشکی ،نظام پزشکی و...)

- اطلاعات واصله از حوزه فنی (شامل مغایرت های مشاهده شده حین رسیدگی،نتایج تحلیل هزینه ها، گزارشات و خروجی های نرم افزار، اسناد پزشکی و جداول آماری، گزارشات واحد تأیید دارو و خدمات و گزارشات ارسال از سایر واحدها)

- گزارشات حاصله از بررسی دفاتر بیمه شدگان و بازدیدهای نامحسوس و نظارت های غیر حضوری توسط کارشناسان نظارت
- اطلاعات واصله از ستاد مرکزی
- شکایات بیمه شدگان و مراکز تشخیصی درمانی
- اطلاعات حاصل از تحلیل آماری مراکز تشخیصی درمانی بر مبنای شاخصهای متوسط هزینه و بار مراجعه ماهانه/مقطعی و مقایسه رشد هزینه با متوسط رشد هزینه تمام مؤسسات مشابه در استان/کشوری
- نتایج حاصل از بررسی نسخ توسط شورای علمی تخصصی/کمیسیون پزشکی

تبصره: در صورت دریافت گزارشات بازرسی از سایر بیمه های پایه چنانچه با مدارک و مستندات، مغایرت عملکرد ضوابط ومقررات بیمه های پایه احراز گردد؛ موارد میتواند مبنای تصمیم گیری اداره نظارت/درمان/بازرسی قرارگیرد و یا گزارش درپرونده نگهداری شده و مبنایی برای بازرسی های بعدی خواهد بود.

۴-۲- روش نظارت غیر حضوری:

روش اجرایی نظارت غیر حضوری: به مجموعه ارزیابی و بررسی اسناد و صورتحساب های مراکز تشخیصی درمانی و با روشهایی غیر از بازدید حضوری و بصورت کمی و کیفی از طریق اخذ اطلاعات حاصل از منابع ذیل انجام می گیرد:

- بررسی وضعیت آماری اسناد مراکز تشخیصی درمانی در نرم افزار جامع بیمه های پایه
- بررسی وضعیت مراکز تشخیصی درمانی در شورای ارزیابی/علمی تخصصی
- بررسی شاخص های آماری و مقایسه رشد آن
- بررسی عملکرد مراکز تشخیصی درمانی و بیمه شدگان به وسیله نرم افزار جامع

ماده ۵: حجم نظارت های حضوری و غیر حضوری

الف - نظارت بر عملکرد مراکز تشخیصی درمانی (غیر از پزشکان) به شکل نظارت حضوری حداقل یکبار در سال صورت میگیرد به نحوی که صد درصد موارد شامل بازدیدهای حضوری باشد. بر اساس نتایج حاصل از عملکرد/رنکینگ مراکز، در صورت لزوم نظارت بیش از یکبار توسط اداره مربوطه تعیین می گردد.

ب - نظارت بر عملکرد پزشکان حداقل یکبار در سال صورت میگیرد به نحوی که حداقل سی درصد نظارت بر عملکرد پزشکان (پزشکان عمومی، متخصص، فوق تخصص، دندانپزشکان) شامل بازدید حضوری باشد و هفتاد درصد به شکل نظارت غیر حضوری انجام می گیرد.

تبصره ۱: کلیه مستندات (نظارت حضوری و غیر حضوری) می بایست قابل دسترسی باشد.

تبصره ۲: در خصوص بیمه های پایه متولی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، بازدید حضوری و غیر حضوری بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه صورت می پذیرد.

تبصره ۳: نماینده بیمه های پایه (ناظر بیمارستانی) مکلف به بازرسی از تمام قسمت های بیمارستان بوده و اهم وظایف نظارتی ایشان به شرح ذیل می باشد:

۱. احراز هویت بیمه شدگان

۲. تطابق پرونده بالینی با صورتحساب بیمارستانی

۳. کنترل انجام خدمات توسط پزشک ۲K (سرپایی، ویزیت و...)

۴. نظارت، بازرسی از بخش ریکاوری مبنی بر رعایت استانداردهای تعریف شده

۵. بازرسی از بخش اورژانس و کنترل نحوه ارائه خدمات توسط پزشکان طب اورژانس

۶. بازرسی از واحدهای رادیولوژی، سونوگرافی، داروخانه و... در خصوص حضور یا عدم حضور مسئول فنی

۷. کنترل حضور پزشک ۲K در بخش شیمی درمانی و دیالیز

۸. نظارت و کنترل همزمان (پوشش همزمان) دو بیمار در اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی

۹. کنترل بخش های ویژه و نظارت بر تعداد تخت بخش های مذکور طبق مجوز صادره از دانشگاه

۱۰. کنترل برگ مخصوص دستورات پزشک و مطابقت آن با گزارش پرستاری در خصوص ارائه خدمات کلینیک و پاراکلینیک به بیمار مطابق درخواست بیمارستان

۱۱. کنترل و نظارت بر میزان مصرف دارو و لوازم مصرفی در پرونده با درخواست پزشک/بیمارستان/گزارش پرستاری

۱۲. بازرسی دوره ای از بخش های بیمارستان به عنوان مثال بخش کت لب (Cat lab) در خصوص مصرف لوازم (یکبار یا چند بار مصرف بودن)

۱۳. تعیین نوع تعدیلی درخواستی بیهوشی با توجه به نوع بیهوشی از سوی پزشکان متخصص بیهوشی و نظارت و کنترل آن در پرونده بالینی بیمار توسط ناظر

۱۴. نظارت و کنترل حضور پزشک مقیم و ویزیت بیماران در بخش ICU و NICU

۱۵. کنترل درخواست بیمارستان جهت پزشکان مدعو برای مشاوره مبنی بر عدم وجود تخصص مربوطه در بیمارستان

۱۶. کنترل کدهای جراحی و بیهوشی

۱۷. کنترل تخت روز اعم از تخت عمومی و ویژه

۱۸. کنترل K ترجیحی مناطق محروم

۱۹. سایر موارد نظارتی

تبصره ۴: نظارت غیر حضوری برای مراکز تشخیصی درمانی حسب صلاحدید، در طول سال انجام می گردد.

ماده ۶: ترکیب تیم بازرسی:

- در هر تیم بازرسی حضوری حداقل ۲ نفر حضور داشته که یکی از آنان حتی الامکان از کارشناسان مرتبط با امور درمان/ بیمه خواهد بود. حسب پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و با تایید رییس/مدیرمربوطه استان از کارشناسان سایر ادارات (اسناد پزشکی یا بیمه گری که قبلاً آموزشهای لازم را گذرانده اند) میتوان در تیم بازرسی استفاده نمود.

تبصره: جهت انجام امور نظارت، کارشناسان می توانند در صورت لزوم ضمن همکاری با تیم بازرسی دانشگاهها از نظریات علمی و کارشناسی ایشان استفاده نمایند.

ماده ۷: مستندات بازدید

کلیه گزارشات بازرسی در دو نسخه تهیه شده و یک نسخه آن به موسس / مسئول فنی یا پزشک طرف قرارداد تحویل داده میشود. نسخه دوم در پرونده مراکز تشخیصی درمانی نگهداری خواهد شد.

تبصره ۱: اداره / نظارت/درمان/بازرسی به منظور جلوگیری از افزایش حجم اوراق پرونده قراردادی میتوانند فرم های بازدید فاقد مورد نظارتی را پس از ثبت مشخصات در فرم خلاصه پرونده و ثبت در سیستم در زونکن های جداگانه ای بایگانی نمایند.

تبصره ۲: کلیه گزارشات بازرسی می بایست در نرم افزار مربوطه (پس از امکان ثبت گزارش) ورود اطلاعات شده و بایگانی گردد.

ماده ۸: مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده

مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده عملکردهای مغایر با ضوابط و مقررات بیمه های پایه از نظر کمی و کیفی شامل موارد ذیل می باشد:

۱. شورای فنی/علمی تخصصی/تخلفات

۲. نظارت و ارزشیابی/ارزیابی ستاد مرکزی

۳. ادارات نظارت/درمان/بازرسی استان ها

۴. شورای هماهنگی بیمه های پایه

ضمناً ادارات مربوطه می توانند جهت افزایش اطلاعات و اشراف بیشتر بر کمیت و یا کیفیت عملکرد پزشک یا مراکز تشخیصی درمانی از نظرات علمی و مشورتی مراجع زیر استفاده نمایند. این مشورت ها نافی تصمیم گیری مستقل مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده نخواهد بود.

۱. شورای علمی تخصصی/ارزیابی عملکرد تخصصی مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد

۲. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

۳. سازمان نظام پزشکی استان

ادارات مربوطه استان در صورت لزوم و با رأی یکی از مراجع ارزیابی و رسیدگی کننده میتوانند پس از اتخاذ مستقل رأی و انجام اقدامات نظارتی، موارد عملکرد مغایر طرف قرارداد را به ۳ مرجع زیر نیز انعکاس دهند:

۱. مراجع قضائی ذیصلاح (در صورت لزوم با هماهنگی دفتر حقوقی بیمه های پایه)

۲. کمیسیون ماده ۱۱ تغزیرات حکومتی استانها (مستقر در دانشگاههای علوم پزشکی)

۳. شورای هماهنگی بیمه پایه

۴. کمیته های استانی نظارت بر تعرفه ها

ماده ۹: تعلیق قرارداد: عبارت است از قطع موقت همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه برای مدت زمان معین (تا ۱۲ ماه) با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

ماده ۱۰: لغو قرارداد: عبارت است از قطع کامل همکاری با مراکز طرف قرارداد به صورت یک طرفه از جانب بیمه پایه با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر مربوطه استان به علت نقض مفاد قرارداد فی مابین.

تبصره: تمدید/عقد مجدد منوط به درخواست مرکز لغو/تعليق شده و بررسی و تأیید مجدد بیمه پایه می باشد.

ماده ۱۱: موارد مغایر با ضوابط:

عملکرد مغایر با ضوابط بیمه های پایه عبارت است از انجام هرگونه فعالیت خارج از چارچوب ضوابط و دستورالعمل های مربوطه از نظر کمی و کیفی، مفاد قرارداد فی ما بین و الحاقیه های آن، ضوابط و دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا کلیه مواردی که به هر نحو ممکن موجب خدشه دار نمودن حرف وابسته و یا وارد نمودن خسارت مالی، جانی و اعتباری به بیمه شده و بیمه های پایه گردد.

ماده ۱۲: برخورد نظارتی:

۱- دعوت و ارائه توضیح و در صورت لزوم اخذ تعهد

الف) فرم دعوت پس از حضور پزشک و یا موسس یا مسئول فنی حسب نیاز تکمیل شده و در پرونده و بصورت مکانیزه ثبت می گردد .

ب) دعوت از پزشک یا موسس یا مسئول فنی بصورت کتبی، تلفنی، ارسال نامه از طریق پست الکترونیک یا پیامک می باشد و علت دعوت به نحو مقتضی اطلاع رسانی گردد

۲- تذکر کتبی و درج در پرونده

تذکر کتبی با نام و امضاء مدیر /رئیس مربوطه استان و با قید علت به صورت مستقیم و یا محرمانه به طرف قرار داد ارسال شده و یک نسخه از آن نیز در پرونده قرارداد بایگانی گردد (طبق فرم مربوطه)

۳- در صورت تخلف مالی و وارد آوردن خسارت به بیمه پایه یا بیمه شده :

کسر تا سقف دو برابر مبلغ مورد تخلف از مطالبات مرکز طرف قرارداد

۴- اعلام به مراجع ذیصلاح مندرج در مفاد ماده ۸ این دستورالعمل

۵- اعمال سقف (تعداد/ مبلغ) مرکز طرف قرارداد با پیشنهاد اداره نظارت/درمان/بازرسی استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان

۶- قطع همکاری با مرکز طرف قرارداد :

الف) تعلیق قرارداد

ب) لغو قرارداد

تبصره ۱: تشویق مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد براساس ضوابط و مقررات داخلی بیمه های پایه صورت می پذیرد.

تبصره ۲: تصمیم در مورد اجرای بند ۱ و ۲ (ماده ۱۲) بر عهده اداره نظارت/درمان/بازرسی و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان می باشد.

تبصره ۳: تصمیم در مورد اجرای بند ۳ و ۴ و ۵ و ۶ (ماده ۱۲) با پیشنهاد اداره نظارت و ارزشیابی/بازرسی/درمان استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان می باشد.

تبصره ۴: در مواردی که خسارت مالی وارد آمده به بیمه پایه از سوی مراکز تشخیصی درمانی و بیمه شده بطور توأم صورت گیرد با توجه به میزان دخالت طرفین در تخلف صورت گرفته، سهم هر یک در خسارت وارده بصورت مجزا با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان محاسبه و دریافت می گردد.

تبصره ۵: در یک بازدید چنانچه بیش از یک مورد مغایر با ضوابط بیمه پایه محرز گردد بر اساس جدول محدودیت های انضباطی برخورد بر اساس نوع تخلف و مجزا صورت می گیرد.

تبصره ۶: چنانچه فراوانی یک تخلف در منطقه ای شایع باشد، میتوان جهت کنترل سریع و به موقع تخلف، نظارت شدیدتر با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان استان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان (بدون در نظر گرفتن دفعات انجام تخلف) مطرح و تصمیم گیری و اجراء گردد. با اینحال بررسی سریع علت شیوع آن تخلف و رفع عوامل بر انگیزاننده آن ضروری است.

تبصره ۷: در خصوص بند ۶ (الف) ماده ۱۲ به مرکز تشخیصی درمانی اعلام گردد که حد اکثر از یک ماه قبل از اتمام مدت زمان تعلیق قرارداد جهت ارزیابی و بررسی نحوه ادامه همکاری به اداره مربوطه مراجعه نماید.

تبصره ۸: ضروری است برخوردهای نظارتی اشاره شده در این دستورالعمل بصورت مقتضی به کلیه مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد، اطلاع رسانی گردد.

تبصره ۹: حضور مسئول فنی یا جانشین معرفی شده ذی صلاح از دانشگاه علوم پزشکی مربوطه در زمان ارائه خدمت در مراکز تشخیصی درمانی الزامی است.

تبصره ۱۰: در صورت انجام بررسی در زمان تعلیق و رویت مجدد مواردی که به دلیل آن، مرکز تشخیصی درمانی مشمول برخوردهای نظارتی گردیده، با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان و تایید مدیر/رئیس مربوطه استان، میتواند مدت تعلیق اضافه شود. و یا اقدامات نظارتی متناسب اتخاذ گردد چنانچه پس از سپری شدن دوران تعلیق، قرارداد نیز همزمان به پایان برسد میتوان با استناد به گزارش بازرسی و یا بررسی که در زمان رفع تعلیق صورت گرفته با درخواست مرکز تشخیصی درمانی برای تمدید قرارداد مخالفت نماید. از طرف دیگر در صورتیکه بنا به درخواست و طی بررسیهای بعمل آمده محرز شود برخوردهای نظارتی اعمال شده موثر بوده و عملکرد با ضوابط و مقررات مطابقت یافته ، بنا به پیشنهاد اداره مذکور و تایید مدیر/رئیس مربوطه مدت زمان تعلیق قرارداد میتواند کاهش یابد.

تبصره ۱۱: در صورت رفع تعلیق، اخذ تعهد مبنی بر رعایت ضوابط و مقررات بیمه های پایه الزامی است. در صورت تکرار تخلف در (۵ سال اخیر در تمامی موارد) از همان نوع قبلی یا تخلفات جدید برخوردها یک مرحله شدیدتر خواهد شد.

تبصره ۱۲: در صورت انتقال سرمایه و انعقاد قرارداد جدید ، سوابق نظارتی موسس قبلی به موسس جدید منتقل نخواهد شد. به عبارت دیگر با موسس جدید همانند یک موسسه طرف قرارداد جدید برخورد خواهد شد. (چنانچه مسئول فنی نیز به موسسه جدید منتقل گردد و دارای سابقه تخلف باشد سوابق وی منتقل خواهد شد)

تبصره ۱۳: برای عملکردهای مغایر ضوابط بیمه های پایه می بایست قبلاً توسط اداره مربوطه گزارش کارشناسی تهیه و فرم احضار که توضیحات طرف قرارداد در آن قید شده ضمیمه گزارش کارشناسی گردد. بدیهی است در خصوص اقدامات نظارتی بند ۱ یا ۲ نیازی به تهیه گزارش کارشناسی نبوده و تکمیل فرم احضار کافی خواهد بود. (الزامات گزارش کارشناسی در ذیل ذکر گردیده است)

تبصره ۱۴: اداره نظارت/بازرسی/درمان استان می تواند موارد مغایرت های مشاهده شده در مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد را در شورای هماهنگی بیمه های پایه استان، جهت اطلاع رسانی و تبادل نظر مطرح نمایند و ادارات فوق اشاره موظفند در هر صورت مطابق این دستور العمل و رأساً نسبت به انجام بررسی های نظارتی، کشف و احراز موارد مغایر و تصمیم گیری و انجام اقدامات نظارتی حسب مورد اقدام نمایند.

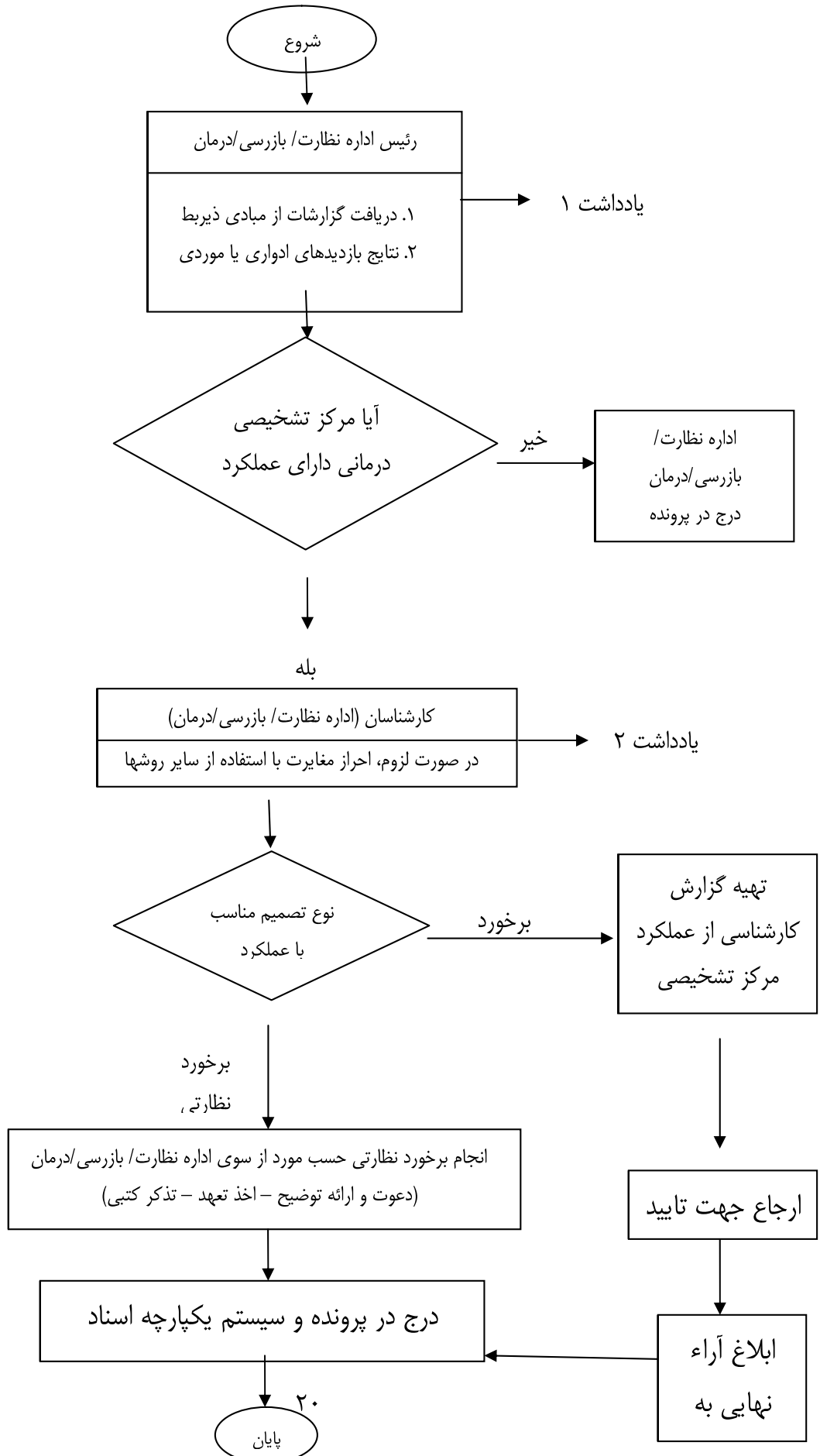
تبصره ۱۵: برخوردهای نظارتی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مطابق دستورالعمل های داخلی بیمه های پایه می باشد.

تبصره ۱۶: کارشناسان ناظر بیمارستانی مکلف به رسیدگی کلیه موارد مربوط به اسناد بستری و سرپایی می باشند که اهم موارد به شرح جدول پیوست بازرسی بیمارستانی و مراکز جراحی محدود می باشد.

ماده ۱۳: الزامات گزارش کارشناسی تهیه شده برای مراکز تشخیصی درمانی

۱. سابقه همکاری مراکز تشخیصی درمانی با بیمه های پایه
۲. متوسط تعداد نسخ یا اسناد ماهانه ارسالی و نیز میانگین هزینه درخواستی ماهانه
۳. سوابق نظارتی و اقدامات نظارتی انجام یافته در سالهای قبل
۴. نتیجه آخرین بازدید یا نظارت غیر حضوری که منجر به کشف مورد نظارتی اخیر شده است
۵. نتایج دعوت مراکز تشخیصی درمانی و توضیحات ارائه شده طرفین
۶. انطباق عملکرد مراکز تشخیصی درمانی با دستورالعمل و ضوابط و مقررات بیمه های پایه
۷. تعیین میزان خسارت وارده
۸. تعیین اقدام نظارتی بر اساس دستورالعمل (جدول موارد مغایر با ضوابط بیمه های پایه)
۹. نام و نام خانوادگی تهیه کننده گزارش و تأیید رئیس اداره نظارت/ بازرسی / درمان استان ----
تاریخ

شکل ۱: فلوجارت فرآیند اجرای نظارت بر مراکز تشخیصی درمانی



تبصره ۱:

الف- دریافت گزارشات از مبادی ذی ربط به روشهای زیر صورت می پذیرد :

۱- گزارشات حاصل از نظارت غیرحضورى از جمله گزارشات ارسالی از اداره /واحد رسیدگی به اسناد پزشکی، مغایرتهای مشاهده شده حین رسیدگی ، نتایج تحلیل هزینه ها ، جداول آماری و یا بر اساس گزارشات و خروجی های نرم افزار های اسناد پزشکی ، تایید دارو و خدمات و

۲- شکایات واصله از بیمه شدگان و سایر مراجع

۳- گزارشات ارسالی از شورای علمی تخصصی /ارزیابی

۴- احراز تخلفات در نتیجه بررسی دفترچه بیمه درمانی/ نسخ (دفاتر ارسالی از بیمارستانها توسط ناظرین ، دفاتر ضبط شده از مراکز تشخیصی درمانی ، دفاتر بررسی شده در واحدهای مختلف و

۵- گزارشات ارسالی از واحد تایید دارو و خدمات نیازمند تایید

۶- گزارش مغایرت های مشاهده شده در فرایند امور قراردادها

۷- گزارشات حاصله از بازدیدهای نامحسوس

۸- گزارشات ارسالی از سایر مبادی ذیربط (مانند سایر سازمانهای بیمه گر ، دانشگاههای علوم پزشکی ، بیمه شدگان ، موسسات ، سایر نهاد ها و ارگانهای ذیربط و شورای هماهنگی سازمانهای بیمه گر

تبصره ۲:

سایر روشهای احراز مغایرت عبارتند از :

الف - دعوت حضوری/مکاتبه جهت ارائه توضیحات مراکز تشخیصی درمانی

تبصره ۱- در صورت دعوت از مراکز تشخیصی درمانی و عدم حضور در تاریخ مقرر ، در رایانه پیغام عدم پذیرش اسناد ثبت و تا زمان حضور در اداره از پذیرش اسناد جلوگیری بعمل می آید .
تبصره ۲- در صورت درخواست ارائه توضیحات کتبی و عدم ارائه پاسخ تا موعد مقرر ، پیغام در رایانه ثبت و پذیرش اسناد منوط به ارائه توضیحات کتبی توسط پزشک یا موسسه مراکز تشخیصی درمانی خواهد بود .

ب- مذاکره با بیمه شده بر اساس گزارشات یا شکایات واصله (در صورت نیاز، درج پیغام نظارتی در سیستم جامع بیمه های پایه و سیستم تایید داروی اینترنتی و یا ایجاد محدودیت در ارائه خدمات بیمه ای به ایشان تا زمان حضور در اداره بیمه پایه)

ج- بررسی اسناد ماههای قبل وبعد مراکز تشخیصی درمانی

- د - بررسی سایر مستندات مانند پرونده بیمار ، دفترچه بیمه و
- ه - مکاتبه و بررسی به صورت مشترک با سایر مراجع ذیصلاح (مانند سایر سازمانهای بیمه گر ، دانشگاههای علوم پزشکی، نظام پزشکی و)

فصل سوم

موارد مغایر با ضوابط بیمه های پایه و نوع تصمیم اتخاذ شده

ماده ۱: کلیه سوابق و تصمیمات اتخاذ شده در مورد مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد بر اساس جدول ۱۰ رای صادره ضروریست در سیستم یکپارچه اسناد پزشکی ثبت گردد.

جدول ۱: موارد مغایر با ضوابط و مقررات بیمه های پایه مربوط به مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد و تصمیم اتخاذ شده

ردیف	نوع تصمیم		
	بار اول	بار دوم	بار سوم
۱	۱،۲	۴	۴،۶
۲	۱،۲،۳	۳،۴	۳،۴،۶
۳	۱،۲،۳	۳،۵	۳،۴،۶
۴	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۵	۱،۲	۳،۴،۶	-
۶	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۷	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۸	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۶	-
۹	۳،۴،۵	۳،۶	-
*۱۰	۱،۲،۳	۴،۳	۴،۳،۶
**۱۱	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۵	۳،۴،۶
۱۲	۳،۴،۶	-	-
۱۳	۱،۳،۴،۵	۳،۴،۶	-
***۱۴	۱	۲	۶ یا ۵
۱۵	۱،۲،۳،۴	۳،۴،۵	۳،۴،۶
۱۶	۱،۲	۲،۴	۲،۴
****۱۷	۱،۲،۴،۶	۴،،۶	-
۱۸	۶،۲،۳،۴		

ردیف	نوع تصمیم		
	بار اول	بار دوم	بار سوم
۱۹	۱,۲,۳,۴	۳,۴,۶	۶
۲۰	۱,۲,۴	۲,۴	۲,۴,۵
۲۱	با پیشنهاد اداره نظارت / بازرسی / درمان و تایید مدیر/رئیس مربوطه		
۲۲	با پیشنهاد اداره نظارت / بازرسی / درمان و تایید مدیر / رئیس مربوطه		

***تبصره ۱:** در مورد مرکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد که در زمان عدم حضور مسئول فنی (در ساعات قید شده در پروانه) اقدام به ارائه خدمت نموده اند و در بازدید کارشناسان موضوع محرز شده است. نسخ همان شیفت در آن روز قابل پرداخت نخواهد بود.

****تبصره ۲:** در صورت وجود کیت یا دارو و لوازم مصرفی تاریخ گذشته در محل مرکز تشخیصی درمانی که در مکانی جمع آوری شده باشد برخورد نظارتی صورت نمیگیرد، در غیر اینصورت از تاریخ اتمام اعتبار کیت یا دارو یا لوازم مصرفی تاریخ گذشته در صورت احراز مصرف آنها پرداختی بابت موارد مذکور انجام نخواهد شد و پرداختهای قبلی، از انقضای تاریخ اعتبار به عنوان خسارت محاسبه خواهد شد.

*****تبصره ۳:** بند ۶ ذکر شده به معنای تعلیق می باشد.

******تبصره ۴:** در مورد عدم همکاری با بازرسان بر اساس شدت و حدت موضوع، با پیشنهاد اداره نظارت / بازرسی / درمان استان و تایید مدیر / رئیس مربوطه در انتخاب قطع همکاری برای بار اول یا دوم مخیر خواهد بود.

تبصره ۵: حسب درخواست و صلاحدید یکی از بیمه های پایه نسبت به برخورد با تخلف مرکز تشخیصی درمانی و لزوم هماهنگی سایر بیمه های پایه، موضوع در شورای هماهنگی مطرح و تصمیم گیری لازم اتخاذ گردد.

تبصره ۶: در صورت وجود شرایط ذیل (موضوع بند ۱ و ۲ و ۳) یا حسب مورد، اداره نظارت/ بازرسی/ درمان استان می تواند از بند ۶ برخوردهای نظارتی صرف نظر نموده و به شرح برخورد نظارتی ذیل اقدام نماید:

۱. انحصاری بودن خدمت قابل ارائه در مرکز تشخیصی درمانی

۲. کاهش سطح دسترسی بیمه شدگان به خدمت مورد نظر براساس شرایط جغرافیایی و بومی منطقه

۳. درمانگاه ها و بیمارستان های غیر خصوصی

ماده ۲: شرح برخورد نظارتی: در صورت تخلف مراکزی که امکان تعلیق/ لغو وجود ندارد (موارد فوق الذکر) نسبت به کسر ۱۰ درصد از مطالبات همان ماه (ماه بازرسی) بخش/موسسه مربوطه (علاوه بر اعمال موارد مورد اشاره در جدول فوق الذکر اقدام گردد و در صورت تکرار تخلف، بیمه های پایه مکلف به کسر ۵۰٪ از مطالبات همان ماه (ماه بازرسی)، بخش/ موسسه مربوطه می باشند. (مورد فوق با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/درمان و تایید مدیر/رئیس مربوطه اقدام گردد).

ماده ۳: نحوه رسیدگی به اعتراض بیمه شده یا مراکز طرف قرارداد

۱ - در آرای صادره ابلاغی می بایست به نوع تخلف طرف قرارداد استناد و تصمیم یا تصمیمات متخذه به صورت شفاف اعلام گردد.

۲- در مورد آرای صادره ابلاغی، بیمه شده یا مراکز طرف قرارداد میتواند حداکثر ظرف مدت بیست روز کاری از تاریخ ابلاغ رأی، اعتراض خود را به دبیرخانه اداره تسلیم نماید، در غیر اینصورت رای قطعی تلقی خواهد شد. (ابلاغ رأی از طریق پست سفارشی و با اخذ رسید و یا هر روش دیگر به نوعی انجام گیرد که اداره از دریافت و وصول نامه توسط مرکز طرف قرارداد اطمینان حاصل نماید)

۳- اداره نظارت/بازرسی/ درمان استان موظف است تقاضای بررسی مجدد و اعتراضات کتبی مضمولین این دستورالعمل را دریافت و برای بررسی بیشتر جهت طرح مجدد به گروه های کارشناسی ذیربط ارجاع نماید .

۴- آرای صادره تجدید نظر شده باید حداکثر ظرف مدت بیست روز کاری پس از وصول اعتراضیه کتبی ابلاغ گردد .

۵- مدیر/ رئیس بیمه های پایه استان مسئول نظارت بر حسن اجرای مفاد این دستورالعمل میباشد.

فصل چهارم

سوء استفاده از دفترچه یا کارت بیمه درمانی

ماده ۱: سوء استفاده از دفاتر/ کارت درمانی بیمه های پایه

۱- هرگونه سوء استفاده از دفترچه و یا کارت درمانی به نحوی که منجر به ضرر و زیان مالی بیمه های پایه گردد شامل:

الف) تبانی با پزشکان و مراکز تشخیصی و درمانی با در اختیار قراردادن نسخ سفید دفترچه

ب) تبانی با داروخانه ها جهت تبدیل نسخ دارویی به کالای غیردارویی (مانند شامپو، خمیردندان و موارد عدم تعهد دارویی) بدون داشتن ضرورت پزشکی

ج) تبانی با پزشک و مراکز تشخیصی درمانی با مراجعات متعدد به آنها جهت تجویز دارو به انگیزه سودجویی

د) استفاده از دفترچه/کارت درمانی برای کلیه افرادی که به هر دلیل از تحت تکفل بیمه شده اصلی خارج شده باشند.

تبصره ۱: بدیهی است در موارد فوت بیمه شده و سوء استفاده از دفترچه یا کارت درمانی برخورد های نظارتی مطابق این دستورالعمل صورت میگیرد.

و) هرگونه دخل و تصرف در مندرجات نسخه

ز) جعل مهر و امضاء پزشک

ح) تبانی با پزشک و درخواست غیر واقعی تجویز دارو یا خدمات پاراکلینیک توسط بیمه شده جهت سوء استفاده از مزایای بیمه مکمل/صندوق های حمایتی.

تبصره ۲: در صورتیکه صاحب دفترچه زودتر از مهلت مقرر (طبق ضوابط بیمه های پایه) تمام

دفترچه خود را مورد استفاده قرار داده باشد یا دفترچه مفقود شده باشد صدور دفترچه مجدد بعد از

بررسی توسط کارشناس مربوطه امکانپذیر است در ضمن در مورد دفترچه های مفقود شده طبق ضوابط بیمه های پایه اقدام گردد.

۲- در اختیار قراردادن دفترچه/کارت درمان خود یا افراد تحت تکفل به فرد دیگر، بنحوی که موجب هرگونه ضرر و زیان و خسارت مالی به بیمه های پایه گردد.

۳- هرگونه تغییر در اطلاعات ثابت دفاتر/ کارت بیمه های پایه (تغییر عکس، دستکاری تاریخ اعتبار، سایر مشخصات دفترچه و ...)

ماده ۲: برخوردهای نظارتی سوء استفاده از دفاتر/کارت بیمه های پایه

الف) بیمه شدگان

۱- اخذ تعهد

۲- اخذ خسارت وارده تا سقف ۲ برابر مبلغ

۳- صدور دفترچه با تعداد برگه های محدود

۴- معرفی به مراجع ذیصلاح حسب مورد

تبصره ۱:

الف) تصمیم بند ۱ برعهده اداره نظارت/بازرسی/ درمان استان می باشد.

ب) تصمیم بند ۲ الی ۴ با پیشنهاد اداره نظارت/بازرسی/ درمان و تایید مدیر/رییس مربوطه استان می باشد.

تبصره ۲: لازم است سوابق افرادی که به هر نحو در سوء استفاده از دفترچه بیمه مشارکت دارند در بایگانی اداره مربوطه نگهداری شود تا در صورت لزوم از آن اطلاعات استفاده گردد.(بصورت کاغذی یا الکترونیک)

تبصره ۳: اداره نظارت /بازرسی/ درمان در صورت مراجعه بیمه شده اقدامات نظارتی را حسب این دستور العمل انجام داده و نسبت به تحویل دفترچه به بیمه شده اقدام می نمایند. لذا از نگهداری دفترچه و عدم تحویل آن به بیمه شده به عنوان یک اقدام نظارتی اکیداً خودداری نمایند.

تبصره ۴: در شرایطی که بیمه شده جهت تحویل دفترچه (و یا رفع پیغام گذاشته شده در سیستم جامع بیمه های پایه) مراجعه نکند حداکثر مهلت نگهداری ۶ ماه می باشد و بعد از مدت مذکور طبق ضوابط بیمه های پایه اقدام خواهد شد.

تبصره ۵: با توجه به برخوردهای نظارتی فوق، مراحل درمانی بیمار نمی بایست تحت هیچ شرایطی متوقف و مختل گردد و طبق نظر پزشک معالج بیمار انجام گردد.

(ب) مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد نحوه برخورد با تخلفات این مراکز طبق جدول برخورد با موارد مغایر با ضوابط مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد انجام می شود

(ج) مراکز تشخیصی درمانی غیر طرف قرارداد و افراد غیر بیمه :
در صورت احراز سوء استفاده از دفاتر/کارت بیمه توسط افراد غیر و یا مراکز تشخیصی درمانی غیر طرف قرارداد ارجاع به مراجع ذی صلاح حقوقی، انتظامی و قضایی.

ماده ۳: نحوه دستیابی به تخلفات

اداره نظارت/بازرسی / درمان مسئول پیگیری، اثبات تخلفات مراکز تشخیصی و درمانی و بیمه شدگان استان می باشد .

- اطلاعات مورد لزوم از منابع زیر تأمین میگردد:

(الف) بازدید های دوره ای یا موردی کارشناسان نظارت

(ب) گزارش کارشناسان ناظر بیمارستانی

(ج) شکایات مردمی و بیمه شدگان

(د) گزارشات واصله از حوزه نظارت اداره مربوطه (نظارت غیر حضوری)

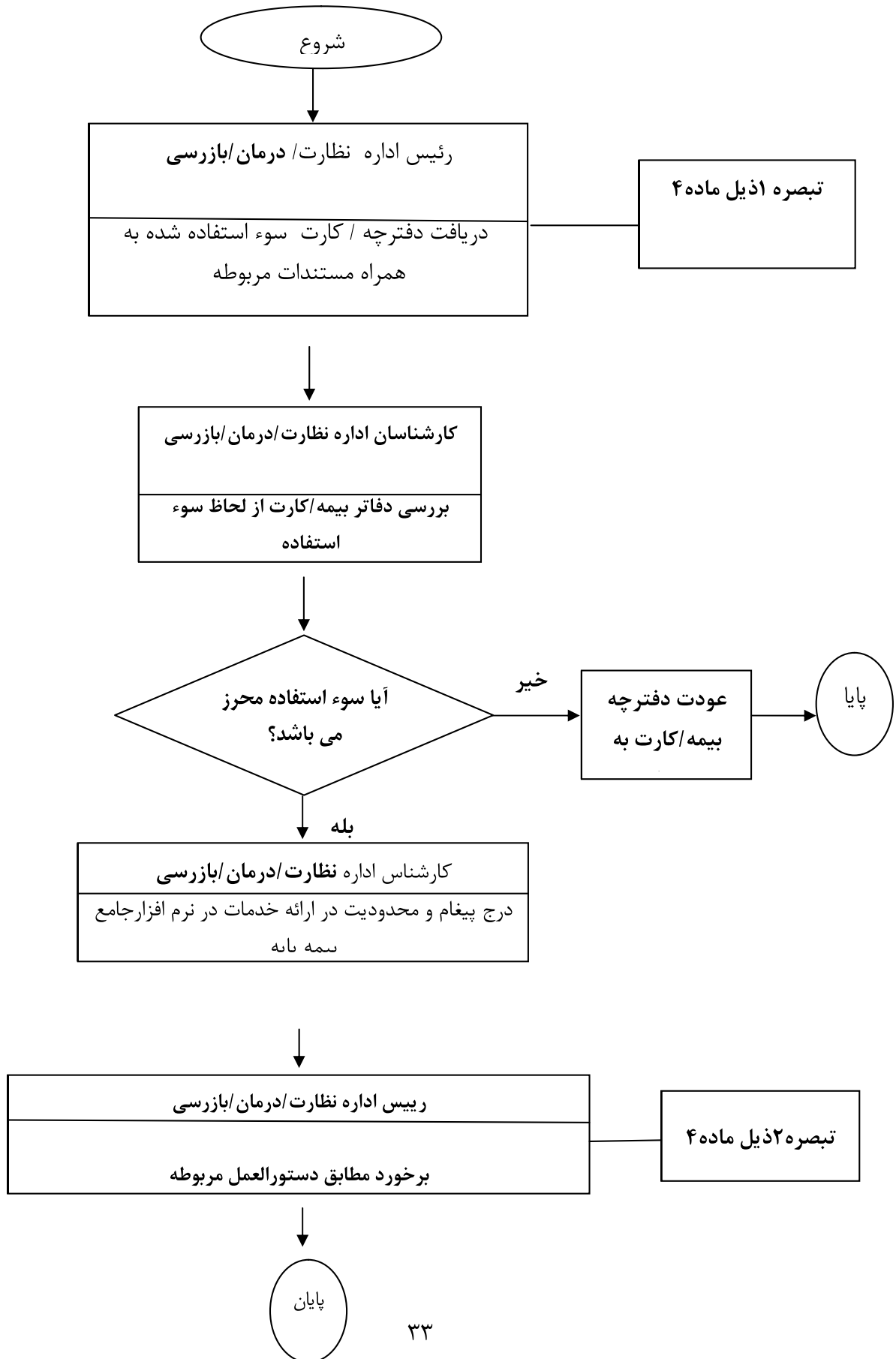
(ه) گزارشات سیستم جامع بیمه های پایه

(و) سایر مراجع ذیصلاح

تبصره ۱: اداره نظارت/بازرسی / درمان می تواند پس از بررسی، نتیجه موضوع را به مرجع ارائه گزارش منعکس گردد.

ماده ۴: گردش کار رسیدگی به تخلفات و سوء استفاده از دفترچه یا کارت بیمه درمانی :
بدنبال دریافت گزارشات نظارتی مرتبط از منابع ذکر شده و انجام کارشناسی لازم در صورت نیاز و با پیشنهاد اداره نظارت / بازرسی / درمان و تایید مدیر / رییس مربوطه اقدام می گردد.

شکل ۲: فلوجارت فرایند بررسی تخلفات بیمه شدگان



تبصره ۱:

ارسال دفاتر بیمه تخلفی ضبط شده به روشهای ذیل می باشد :

- ۱- گزارش کارشناس ناظر بیمارستان
- ۲- در حین بازدید دوره ای یا موردی کارشناسان نظارت از مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد
- ۳- اطلاع رسانی از سوی پزشکان یا مراکز تشخیصی درمانی در خصوص بیمه شدگان متخلف
- ۴- گزارشات واصله از اداره/ واحدهای رسیدگی به اسناد پزشکی/ خسارات متفرقه و شعب روز پرداخت
- ۵- گزارشات واصله از سایر مبادی ذیربط (مانند سایر سازمانهای بیمه گر، بیمه تکمیلی و)
- ۶- سایر گزارشات حاصله از اظهارات بیمه شدگان یا مراکز تشخیصی درمانی
- ۷- گزارشات حاصل از بررسی دفاتر به جا مانده .

تبصره ۲:

الف - نحوه برخورد با فرد خاطی به شرح ذیل می باشد :

- ۱- در صورت عدم تحمیل هزینه به بیمه های پایه، اخذ تعهد کتبی از بیمه شده کافی می باشد.
 - ۲- در صورت تحمیل هزینه به بیمه های پایه، مطابق با دستورالعمل اقدام خواهد شد.
- ب - پس از برخورد مطابق دستورالعمل سوابق تخلف بیمه شده بصورت کاغذی و یا الکترونیک بایستی نگهداری شوند.
- ج - رونوشت فیش پرداختی بیمه شده بابت جریمه، به اداره امور مالی ارسال می گردد.
- ه - تحویل دفترچه مورد سوء استفاده بایستی به بیمه شده اصلی صورت پذیرد. در صورتیکه بیمه شده اصلی در دسترس نبوده و صاحب دفترچه به سن قانونی (بالای ۱۸ سال) رسیده باشد تحویل دفترچه با نظر رئیس اداره نظارت/ بازرسی / درمان به ایشان بلامانع است .

ضمائم:

جدول ۲: فهرست فرم های مرتبط

ردیف	نام فرم
۱	دعوت از پزشک یا موسسه طرف قرارداد
۲	نتیجه مذاکره با پزشک یا موسسه طرف قرارداد
۳	ارائه تعهد به رعایت ضوابط و مقررات
۴	بازدید مستمر از درمانگاهها
۵	بازدید مستمر از موسسات پرتو پزشکی
۶	بازدید مستمر از آزمایشگاهها
۷	بازدید مستمر از پزشکان و دندانپزشکان
۸	بازدید مستمر از مراکز و موسسات توانبخشی
۹	بازدید مستمر از داروخانه ها
۱۰	بازدید مستمر از مراکز جراحی محدود
۱۱	فرم بازدید مستمر از بیمارستان
۱۲	فرم تذکر کتبی برای پزشکان و مؤسسات طرف قرارداد

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.